

ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา*

**THE EFFECT OF SELF - CONTROL WITH FAMILY PARTICIPATION
PROGRAM ON ALCOHOL DRINKING BEHAVIORS OF ALCOHOL
DEPENDENCE**

จิตภัมภ์ กมลรัตน์, พย.บ. (Jittaphan Kamonrat, RN)**

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, พย.ด. (Pennapa Dangdomyouth, Ph.D)***

Abstract

Objectives: The purposes of this quasi-experimental research were to compare the alcohol drinking behavior of alcohol dependence patients before and after receiving the self-control with family participation program, and to compare the alcohol drinking behavior between the experimental group who participated in the self-control with family participation program and the control group.

Methods: The samples were 40 male with alcohol dependence and their family caregivers receiving care in inpatient service who met inclusion criteria. They were matched pair and then randomly assigned into experimental group and control group with 20 subjects in each group. Research instruments comprised of: 1) The

self-control with family participation program, and 2) Alcohol Use Disorders Identification Test. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the instrument was reported by Cronbach's Alpha as of .81. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results:

The alcohol drinking behavior of alcohol dependence patients after receiving the self-control with family participation program was significantly lower than that before ($p < .05$).

The alcohol drinking behavior of alcohol dependence patients who received the self-control with family participation program was significantly lower than that of the group who received regular caring ($p < .05$).

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Thesis, Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

**นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Student, Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University), E-mail: dnayus@yahoo.com

วันที่รับ (received) 10 มีนาคม 2559 วันที่แก้ไข (revised) 15 พฤษภาคม 2559 วันที่ตอบรับ (accepted) 27 พฤษภาคม 2559

Keywords: The self-control with family participation program, Alcohol drinking behavior, Alcohol dependence.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราในระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยติดสุราจำนวน 40 คน และผู้ดูแลหลักที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โดยการจับคู่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบร้อยละและสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา:

พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วม

ของครอบครัวลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การควบคุมตนเองการมีส่วนร่วมของครอบครัว พฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้ติดสุรา

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นสถานการณ์ที่นับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและเป็นที่ยอมรับของสังคม และจากทัศนคติที่มีต่อการใช้สุรา เช่น สร้างความสนุกสนาน คลายความเครียด การใช้สุราเพื่อเข้าสังคม ทำให้ประเทศไทยถูกจัดอันดับการดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท เป็นอันดับที่ 40 ของโลก ถึงแม้จะมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรโดยรวม ป้องกันการเพิ่มขึ้นของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ และเพื่อลดอันตรายจากการดื่มแต่สถานการณ์การดื่มสุราของประชากรไทยโดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากรายงานการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากร ปี พ.ศ. 2557 พบว่าประชากรไทยที่มีความชุกของนักดื่มสูงที่สุด คือ วัยผู้ใหญ่ (อายุ 25-59 ปี) ร้อยละ 38.2 รองลงมาคือ กลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ร้อยละ 25.2 และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 18.4 โดยผู้ชายมีอัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าผู้หญิงประมาณ 4 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) และจากข้อมูลระบาดวิทยาเกี่ยวกับความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราในประชากรไทยอายุ 15-59 ปี พบว่าคนไทยประมาณ 5.3 ล้านคน มีความ

ผิดปกติของการดื่มแบบภาวะติดสุราประมาณ 3.2 ล้านคน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 4.2 (พื้นฐานภากิตติรัตน์ไพบูลย์, 2553) ซึ่งกลุ่มที่ติดสุราเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับดูแลบำบัดรักษาเนื่องจากเกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และการทำหน้าที่ของสังคม และจากสถิติการให้บริการกลุ่มงานจิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่ามีผู้ป่วยติดสุราเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยมีจำนวน 434 ราย ในปี 2555 จำนวน 385 รายในปี 2556 และ 455 รายในปี 2557 (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2557)

การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ ปัญหาครอบครัว รวมทั้งปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ สำหรับผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ พบว่า การดื่มสุราเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ได้แก่ กลุ่มโรคที่เกิดจากสุราโดยตรง เช่น โรคติดสุราเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมจากสุรา โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคตับแข็ง โรคจิตจากสุรากลุ่มโรคที่ได้รับอิทธิพลจากการดื่มสุรา เช่น มะเร็งช่องปาก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ โรคเลือดออกในสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจล้มเหลว โรคซึมเศร้า (WHO, 2011) ส่วนปัญหาครอบครัว พบว่าการดื่มสุราทำให้เกิดความเครียดของสมาชิกครอบครัว ทำลายความสัมพันธ์กับคู่สมรส เกิดการหย่าร้างแยกกันอยู่ ก่อให้เกิดปัญหา เช่น ความรุนแรงในครอบครัว การกระทำความผิดของเด็กและเยาวชน (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2550) ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ที่ดื่มสุราต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นแต่ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง บางครั้งต้องออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้ ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจของครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระในการดูแล เกิด

ผลกระทบต่อประเทศชาติที่ต้องเสียงบประมาณในการรักษา นอกจากนี้สุราเป็นต้นเหตุของการเกิดอุบัติเหตุการบาดเจ็บต้องนอนโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรคิดเป็นร้อยละ 9 (ปริทรรศศิลปะกิจ และพื้นฐานภากิตติรัตน์ไพบูลย์, 2552)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราประกอบด้วย การบำบัดด้านร่างกายเป็นการรักษาด้วยยาเพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราผ่านพ้นอาการถอนพิษสุราได้อย่างปลอดภัย และการบำบัดด้านจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูสภาพทางจิตใจ พฤติกรรม รวมถึงการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ติดสุราไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ รูปแบบที่นิยมใช้มีลักษณะเป็นการจัดการเรียนรู้ทั้งรายบุคคลและแบบกลุ่ม เช่น การบำบัดโดยใช้แนวคิดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (พิชชราวลัย กนกจรรยา, 2554) แม้ระบบการรักษาในปัจจุบันมีรูปแบบที่เอื้อให้ผู้ติดสุราสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา แต่พบว่าผู้ติดสุราไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้อย่างถาวร พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ติดสุราจะมีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำภายในระยะเวลา 4 ปีของการติดตามหลังเข้ารับการรักษา (พื้นฐานภากิตติรัตน์ไพบูลย์ และสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2557)

จากการศึกษาของ Hull and Slone (2004) พบว่าสาเหตุที่ผู้ติดสุราหลังจำหน่ายกลับไปดื่มสุราซ้ำอีกเกิดจากการขาดความสามารถในการควบคุมตนเองในการคงสถานะการหยุดดื่มให้ได้อย่างต่อเนื่อง Pokhrel, Sussman, Rohrbach and Sun (2007) สนับสนุนว่าการควบคุมตนเอง (Self-Control) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ติดสุราได้ โดยถ้าบุคคลมีการควบคุมตนเองต่ำจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับที่มากขึ้น (Piquero, Gibson, & Tibbetts,

2002) สอดคล้องกับ Sussman et al. (2003) ที่พบว่า การฝึกการควบคุมตนเองส่งผลต่อการควบคุม พฤติกรรมการดื่มสุราในกลุ่มผู้ติดสุราหลังถอนพิษ แล้ว และการศึกษาของ ปนัดดา ชีระเชื้อ และคณะ (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราโดยใช้แนวคิด ของ Rosenbaum (1990) พบว่าสามารถลดพฤติกรรมการ ดื่มของผู้ติดสุราได้ และในกระบวนการบำบัด รักษา นอกจากผู้ติดสุราแล้ว ครอบครัวยังมีบทบาท สำคัญในการดูแลมีส่วนในการส่งเสริม กระตุ้น ช่วยเหลือในการรับรู้ภาวะโรคของตนเอง ตั้งแต่ การป้องกัน การประเมินอาการ การช่วยเหลือ เบื้องต้นเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การแสวงหา แหล่งรักษา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการ รักษา และฟื้นฟูสภาพการเจ็บป่วย (Friedman, 2003) เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ Copello et al. (2005) พบว่าการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการบำบัดรักษาช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น ซึ่งจะ ตอบสนองต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา ในทางที่ไม่กระตุ้นให้ปัญหารุนแรงมากขึ้น และ ช่วยส่งเสริมในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุราจากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความ สนใจที่จะนำแนวคิดการควบคุมตนเองร่วมกับการ มีส่วนร่วมของครอบครัว มาประยุกต์ใช้ในการ บำบัดจิตสังคมผู้ติดสุรา เพื่อลดพฤติกรรมการดื่ม หรือหยุดดื่ม และจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่ง ในการป้องกันรวมทั้งแก้ไขปัญหาวินัยการ กลับไปดื่มซ้ำในผู้ติดสุรา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราใน ผู้ติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุม ตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

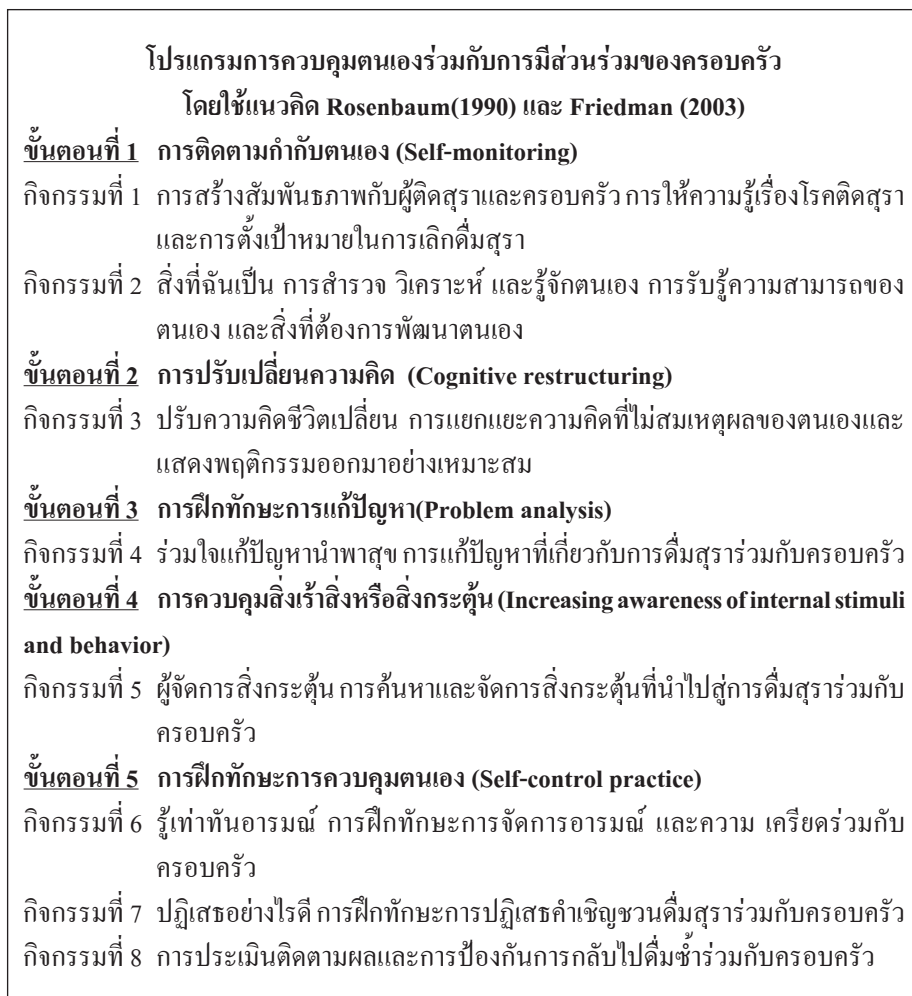
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราใน ผู้ติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุม ตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราเป็นการ กระทำหรือการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับการ ดื่มสุรารวมถึงระยะเวลาและสถานที่ บุคคลที่มี ส่วนร่วมในการดื่ม ความถี่ของการดื่ม ตลอดจน ผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดื่ม โดยผู้ติดสุราจะมี ลักษณะการดื่มแบบซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดผลเสียต่อ ร่างกายจิตใจ เศรษฐกิจ และการทำหน้าที่ของสังคม ซึ่งถือว่าเป็นความเจ็บป่วยชนิดหนึ่งซึ่งมีความ สัมพันธ์โดยตรงกับการดื่มสุราในปริมาณมากและ เวลานาน ต้องเข้ารับการบำบัดในสถานบริการ สุขภาพเป็นจำนวนมากในแต่ละปี (กงจักร สอนลา, 2555) สำหรับผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ พบว่า เป็นสาเหตุของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจ เสื่อมจากสุรา โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคตับแข็ง โรคจิตจากสุรา ส่วนด้านเศรษฐกิจและสังคม การดื่มสุราทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ภาระค่าใช้จ่าย เพิ่มขึ้น แต่ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง บางครั้งต้องออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้ ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจของครอบครัว รวมทั้ง เป็นภาระในการดูแล (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2552) จากการติดตาม ผู้ติดสุราหลังเข้ารับการรักษาพบว่าสาเหตุที่ผู้ติด สุราหลังจำหน่ายกลับไปดื่มซ้ำอีก เกิดจากการ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเองในการคง สภาพะการหยุดดื่มให้ได้อย่างต่อเนื่อง (Hull & Slone, 2004) โดยถ้าบุคคลมีการควบคุมตนเองต่ำ จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับที่มากขึ้น (Piquero, Gibson, & Tibbetts, 2002) จากเหตุผล

ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ติดสุรา มีความสามารถในการควบคุมตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการ การให้ผู้ติดสุรา มีความสามารถในการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการควบคุมตนเองของ Rosenbaum (1990) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของของครอบครัวของ Friedman (2003) โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลระหว่างครอบครัวทำให้ผู้ติดสุรา มีพฤติกรรมลดการดูแลสุขภาพของตนเอง

ได้อย่างเหมาะสม และช่วยให้ครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจในการลดพฤติกรรมติดสุราของผู้ติดสุรา และในการป้องกันรวมทั้งแก้ไขปัญหาพฤติกรรมกลับไปดื่มสุราจนต้องกลับมารักษา โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้แนวคิด Rosenbaum (1990) และ Friedman (2003) ในการรักษาครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม โดยมีรายละเอียด ดังภาพที่ 1



พฤติกรรม
การดื่มสุรา

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ตัวแปรต้นคือโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและตัวแปรตามคือพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคติดสุรา (F10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน และผู้ดูแลในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา (F10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และครอบครัวโดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ติดสุรา 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมด 2 คน ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ช่วงเดือน ธันวาคม 2558- ธันวาคม 2559 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ผู้ติดสุรา คือ

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
2. มีคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรามากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน
3. มีคะแนนประเมินอาการถอนพิษสุรา Alcohol Withdrawal Scale (AWS) มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และผู้ดูแล คือ

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงครอบครัวละ 1 คน

2. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย

3. ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใด ๆ ในการดูแล

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20 คน (Polit and Beck, 2004) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 คน แล้วนำมาจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched pair) ด้วยจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาและคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา จากนั้นจับฉลากทีละคู่เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล

พระศรีมหาโพธิ์ให้ดำเนินการเดือน ธันวาคม 2558 - ธันวาคม 2559 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ คุณสมบัติของผู้เข้าร่วม ขั้นตอนการดำเนินการ วัน เวลา สถานที่ ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล เน้นย้ำว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม สอบถามความสมัครใจและเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาแต่อย่างใด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการควบคุมตนเองของ Rosenbaum (1990) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมครอบครัวในการดูแลของ Friedman (2003) มีลักษณะของเนื้อหาในโปรแกรมจะเกี่ยวกับการควบคุมตนเองโดยเน้นฝึกทักษะในการควบคุมตนเองของผู้ติดสุรา ซึ่งครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 90 นาทีรวมทั้งหมด 8 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การติดตามกำกับตนเอง กิจกรรมที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดสุราและครอบครัว การให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา และการตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มสุรา กิจกรรมที่ 2) สิ่งที่น่าสนใจ การสำรวจ วิเคราะห์รู้จักตนเองทั้ง

ด้านบวกและลบ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งที่ต้องการพัฒนาตนเอง

ขั้นตอนที่ 2: การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด กิจกรรมที่ 3) ปรับความคิดชีวิตเปลี่ยน การแยกแยะความคิดที่ไม่สมเหตุผลของตนเอง และแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3: การฝึกทักษะการแก้ปัญหา กิจกรรมที่ 4) ร่วมใจแก้ปัญหา นำพาสุข การแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มสุราร่วมกับครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4: การควบคุมสิ่งเร้าสิ่งหรือสิ่งกระตุ้น กิจกรรมที่ 5) ผู้จัดการสิ่งกระตุ้น การค้นหาและจัดการสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุราร่วมกับครอบครัว

ขั้นตอนที่ 5: การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง กิจกรรมที่ 6) ผู้จัดการอารมณ์ การฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ และความเครียดร่วมกับครอบครัว กิจกรรมที่ 7) ปฏิเสธอย่างไรดี การฝึกทักษะการปฏิเสธคำเชิญชวนดื่มสุราร่วมกับครอบครัว กิจกรรมที่ 8) การประเมินติดตามผล และการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำร่วมกับครอบครัว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วยอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการดื่มสุรา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รับการรักษาที่โรงพยาบาล และผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2: แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลก ที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการ

คิดสุรา (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

3. เครื่องมือที่ใช้กับการวิจัยมี 2 ชุด ดังนี้

1) แบบวัดการควบคุมตนเอง (สำหรับผู้ป่วย) เป็นแบบประเมินตนเองในการใช้ทักษะในการควบคุมตนเองได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยรุ่งนภา วัฒนรัตน์ (Panitrat, 2001) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ (Rosenbaum, 1980) ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ

2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย (สำหรับผู้ดูแล) สร้างขึ้นโดย สดุดี น้อยภรณ์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยพบค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา (AUDIT) แบบวัดการควบคุมตนเอง และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย เท่ากับ 1 ทั้งหมด ส่วนโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวหลังจากที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยมีการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 10 ครอบครัวแล้วมีการปรับปรุงอีกครั้งเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีการนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดสุราที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คน โดยแบบประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา (AUDIT) แบบวัดการควบคุมตนเอง และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ป่วย มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81, .82 และ .81 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม โดยการศึกษาตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เตรียมสถานที่ เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หลังยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเพื่อวัดระดับพฤติกรรม การดื่มสุรา และเตรียมผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการวิจัย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ คัดเข้า ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แล้วนำมาจับคู่ด้วยจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา และคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุราจำนวน 20 คู่ จากนั้นจับฉลากทีละคู่เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านจิตใจ การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การวางแผนจำหน่าย การให้คำปรึกษาครอบครัวตามปัญหาและ

ความต้องการของแต่ละครอบครัว และเมื่อครบ สัปดาห์ที่ 4 นัดผู้ป่วยเพื่อประเมินพฤติกรรม การ คัดมึสุรา (post-test)

2) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการ ควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน และครอบครัว ดำเนิน กิจกรรมเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ผู้ป่วยติดสุรารักษา ที่แผนกผู้ป่วยใน สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม ในกิจกรรมที่ 1-6 โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า และ กลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย และระยะที่ ผู้ป่วยติดสุราจำหน่ายกลับบ้านแล้ว โดยนัดผู้ป่วย เข้าร่วมกิจกรรม ในกิจกรรมที่ 7-8 สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ กิจกรรมละ 90 นาที ใช้ ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัดกลุ่มงานการพยาบาล จิตเวชสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลพระศรี- มหาโพธิ์ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัย ทำการกำกับทดลอง โดยให้ผู้ติดสุราทำแบบ วัดการควบคุมตนเอง และให้ครอบครัวทำแบบ สอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลด พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยทันที

3. ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน พฤติกรรมการดื่มสุรา ภายหลังจากดำเนินกิจกรรม ครบทั้ง 8 กิจกรรม และหลังจากนั้นอีก 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็น กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทาง สถิติดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณหาค่าร้อยละ 2) คะแนนพฤติกรรมการ ดื่มสุรากลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการ พยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (paired t-test) 3) คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการ ทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุราเพศชาย ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 42.5 การศึกษาระดับ ประถมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 35 ประกอบ อาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 42.5 รายได้เฉลี่ย ของครอบครัว/เดือน 10,001-15,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 50 ระยะเวลาที่ดื่มสุราอยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.5 มีประวัติการดื่มสุราในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 17.5 บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยคือพ่อแม่ คิดเป็นร้อยละ 55 จำนวนครั้งของการมารับการ รักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 55

ผู้ดูแลหลักทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุ 40-60 ปี ร้อยละ 62.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70 มีสถานภาพเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นคู่สมรส ร้อยละ 42.5 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา 1-10 ปี ร้อยละ 47.5 และมีจำนวนครั้งของการรักษาเกี่ยวกับ สุรา 1 ครั้ง ร้อยละ 55

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว (n = 20)

คะแนนพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา	mean	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	30.95	3.02	ติด	19	27.810	< .001*
หลังการทดลอง	13.10	3.16	เสี่ยง			

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ดื่มสุราของผู้ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการควบคุม การดื่มสุราของผู้ติดสุราในกลุ่มทดลองก่อนและ ตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลง หลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง มากกว่า ($\bar{X} = 13.10$, S.D. = 3.16) ก่อนได้รับ สถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ โปรแกรม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

คะแนนพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา	mean	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30.95	3.02	ติด	38	0.198	.844
กลุ่มควบคุม	31.15	3.36	ติด			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.10	3.16	เสี่ยง	38	7.993	< .001
กลุ่มควบคุม	19.35	1.50	อันตราย			

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ติดสุรา ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกัน โดยคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 13.10$, $SD = 3.16$) อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ติดสุราของกลุ่มทดลองก่อนและ หลังจากได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการ มีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า มีคะแนน พฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับ

การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ติดสุรา มีขั้นตอนในการฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถควบคุมตนเองและคงระยะการหยุดพฤติกรรมการดื่มได้อย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในโรคติดสุรา สาเหตุ อาการ และผลที่กระทบที่เกิดขึ้นทั้งตนเองและครอบครัว การรักษาและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันพฤติกรรมกลับไปดื่มสุราซ้ำ การตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มสุราร่วมกัน การติดตามกำกับตนเองเพื่อให้สามารถเลิกดื่มสุราตามเป้าหมายที่วางไว้ การปรับเปลี่ยนความคิด การมองด้านบวกเสริมสร้างกำลังใจทั้งผู้ติดสุราและครอบครัว วิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง การค้นหาและจัดการสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลให้ดื่มสุรา ฝึกทักษะร่วมกับครอบครัว วิธีการจัดการกับอารมณ์และความเครียด การฝึกทักษะในการปฏิเสธ วิธีการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุรา

2. ภายหลังจากวิจัยพบว่าผู้ติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวจะมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Slattery et al (2003) พบว่าการฝึกการควบคุมตนเองส่งผลต่อการควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุรา การศึกษาของ Carey et al. (1990) พบว่าการที่จะ

บำบัดเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา จำเป็นจะต้องส่งเสริมให้ผู้ติดสุรามีความสามารถในการควบคุมตนเองในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของ ปันัดดา ชีระเชื้อ และคณะ (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราพบว่าหลังได้รับโปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุราได้ และการศึกษาของ มะลิ แสงผล (2556) พบว่าการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองของผู้ติดสุราต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินอกจากนี้การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองให้กับผู้ติดสุราให้ผู้ติดสุราเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ Copello et al. (2005) พบว่าการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น ซึ่งจะตอบสนองต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในทางที่ไม่กระตุ้นให้ปัญหารุนแรงมากขึ้น และช่วยส่งเสริมในขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์ สุริยะใจ (2550) พบว่าครอบครัวมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ติดสุราที่ผ่านการบำบัดรักษาจากสถานบำบัดแล้วสามารถคงระยะเวลาการหยุดดื่มได้นานออกไปและสามารถเลิกดื่มสุราได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปใช้พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสารเสพติด และความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีทักษะในการทำกิจกรรม

กลุ่มบำบัด และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการฝึกการควบคุมพฤติกรรมตนเองมาก่อน เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ผู้บำบัดต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับแนวคิดการควบคุมตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการและวัตถุประสงค์ในการนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

1.3 ควรมีการใช้โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และควรมีการประเมินผลของโปรแกรมขยายติดตามผลการบำบัดรักษาในระยะยาว เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ติดยาและครอบครัวนำทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

1.4 โปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยใน การนัดหมายกับครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลควรนัดหมายโดยยึดความพร้อมและตามความยินยอมของครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นหลัก เพื่อความร่วมมือที่ดี

2. ด้านการศึกษา

ควรส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดมีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดยา ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชาที่เน้นความสำคัญของการดูแลผู้ติดยา เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการให้การศึกษาแก่ผู้ติดยาได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ เป็นแรงผลักดันให้เกิดความสำเร็จ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีได้เอื้อยมนในที่นี่สำหรับความช่วยเหลือในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กัจกร สอนลา. (2555). *ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อความรู้สึกลึกซึ้งของแอลกอฮอล์ของผู้ติดยาแอลกอฮอล์ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บัณฑิต ศรีไพศาล. (2550). *รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
- ปนัดดา ชีระเชื้อ, หารรษา เศรษฐบุปผา และสิริลักษณ์ วรรณระพงษ์. (2550). *ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดยา*. *พยาบาลสาร*, 35(3), 142-153.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2552). *แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ*. กรุงเทพมหานคร: ทานตะวันเปเปอร์.

- พัชราวลัย กนจรรรยา. (2554). *ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพยาติดยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2553). *คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์และสุนันท์จำรูญสวัสดิ์. (2557). *สรุปบทเรียนการนิเทศโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ. แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). *จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยา*. แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ. (2550). *การสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดดื่มของผู้ติดยา*. ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาติดยาเชียงใหม่. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- มะลิ แสงผล. (2556). *ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้เสพยาติดยาแอลกอฮอล์ชายที่ได้รับการบำบัดด้วยยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2557). *สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- สตุดิ น้อยภรณ์. (2552). *ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554*. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติสังคมสำนักงานสถิติแห่งชาติ
- Carey, M. P., Carey, K. B., Carnrike, C. L. Jr, Meisler, A. W. (1990). Learned resourcefulness, drinking, And smoking in young adults. *The Journal of Psychology*, 124(4), 391-395.
- Copello, A. G., Velleman, R. D., Templeton, L. J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol Rev*, 24, 369 - 385.
- Friedman, M. (2003). *Family Nursing: Theory and Practice* (5th ed). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Hull, J. G., & Slone, L. B. (2004). Alcohol and self-regulation. *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*, 466-491.

- Panitrat, R. (2001). *The relationships among dysfunctional attitudes, learned resourcefulness, and amphetamine use in Thai adolescents*. Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Ohio.
- Piquero, A. R., Gibson, C. L., & Tibbetts, S. G. (2002). Does self-control account for the relationship between binge drinking and alcohol-related behaviors. *Criminal Behavior and Mental Health* 12(2), 135-154.
- Pokhrel, P., Sussman, S., Rohrbach, L. A., & Sun, P. (2007). Prospective associations of social self-control with drug use among youth from regular and alternative high schools. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2(22), 1-8.
- Rosenbaum, M. (1980). A schedule for assessing self-control behaviors, preliminary finding. *Behavior Therapy*, 11, 109-121.
- Rosembaum, M. (1990). *Learned Resourcefulness: on coping skill, Self-control, and adaptive behavior*. New York, Springer Publishing Company.
- Slattery, J., Chick, J., Cochrane, M., Craig, J., Godfrey, C., Kohli, H., et al. (2003). *Prevention of Relapse in Alcohol Dependence; HTA Advice 3*. Health Technology Board for Scotland, Glasgow.
- Sussman, S., McCuller, W. J., & Dent, C. W. (2003). The associations of social self-control, personality disorders, and demographics with drug use among high risk youth. *Addictive Behavior*, 28(6), 1159-1166.
- World Health Organization. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. (2nd ed). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *Global Status Report on Alcohol and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.